

Manipulationen bedrohen weiterhin den Wettbewerb der Krankenkassen

Durch Manipulation der Diagnosen für den Morbi-RSA wird Deutschland formal krankgemacht. Ein Beispiel: Aktuell gibt es auf dem Papier fast fünf Millionen schwer Depressive, 60 Prozent mehr als noch vor fünf Jahren.

Der Wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt hat es in seinem aktuellen Sondergutachten noch einmal ganz offiziell bestätigt: Krankenkassen manipulieren, um möglichst hohe Zuweisungen aus dem Morbi-RSA zu erhalten. Dies gefährdet den Wettbewerb zwischen den Kassen, stellt das Gutachten fest. Und nicht nur das – die Entwicklungen haben direkte Auswirkungen auf die Versicherten: Denn statt die Gelder in die Versorgung zu investieren, bauen einige Kassen ihr Vermögen immer weiter auf. Viele Milliarden Euro fehlen so jedes Jahr in einem System, das die medizinische Versorgung von 70 Millionen Menschen finanziert.



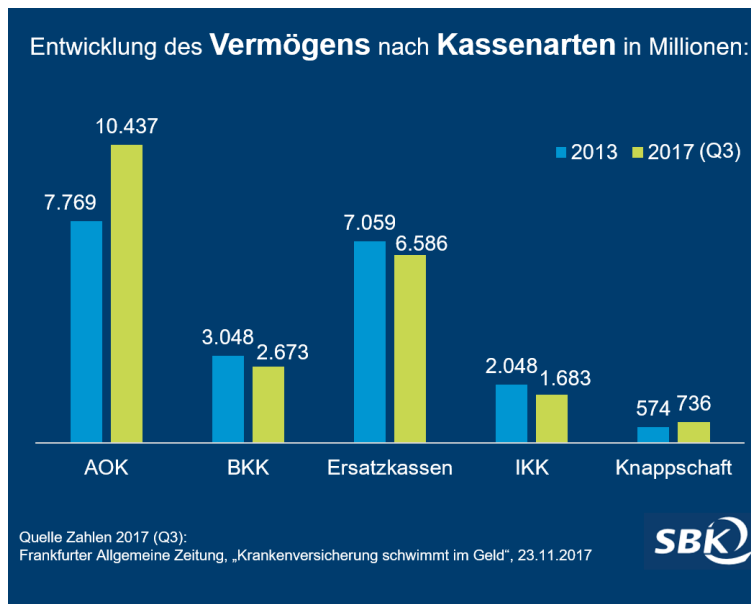
Das Schlimme an den Manipulationen: Hier geht es nicht nur um finanzielle „Streitereien“ zwischen Krankenkassen, die die fairen Wettbewerbsbedingungen oder sogar ihre Existenz bedroht sehen. Hinter all dem stecken reale Auswirkungen auf jeden gesetzlich Versicherten in Deutschland. Die Manipulationen bedrohen zwei elementare Errungenschaften des deutschen Gesundheitswesens.

Die Therapiefreiheit:

Krankenkassen geben über die Manipulationen schrittweise die Versorgung vor. Die Gefahr besteht, dass sie dem Arzt sagen, welche Krankheiten er diagnostizieren und wie er sie behandeln soll, damit der Kasse möglichst viel Geld zugewiesen wird. Denn jede relevante Diagnose und die dazugehörige Arzneimittelverordnung bringen der Krankenkasse Geld. Und nicht nur die Krankenkasse, auch die Vergütung von Ärzten hängt direkt oder indirekt an der Erkrankung der Patienten – eine Win-Win-Situation. Der Dumme ist der Versicherte. Für ihn kann das zum einen bedeuten: Er wird nicht so behandelt, wie es in der Realität notwendig ist, sondern wie es der Finanzausgleich gebietet. Zum anderen führen schwere und umfassende Diagnosen zu Nachteilen bei anderen Versicherungen wie z.B. beim Abschluss von Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherungen.

Die Wahlfreiheit:

Die bestehenden Fehlentwicklungen beim Finanzausgleich (Morbi-RSA), die durch die Manipulationen deutlich verstärkt werden, sorgen für ein immer größeres Gefälle zwischen „reichen“ und „armen“ Kassen. Schon jetzt konstatiert der Wissenschaftliche Beirat eine Zunahme der „Marktkonzentration in nahezu allen Bundesländern“, für Sachsen und Thüringen spricht der Beirat bereits von einem „hochkonzentrierten“ Krankenkassenmarkt. Wird die Entwicklung nicht gestoppt, werden bald die ersten Kassen in finanzielle Schieflage geraten. Es droht ein Kollaps des Systems, der die Wahlfreiheit der Versicherten bei der Auswahl seiner Krankenkasse beenden würde. Und damit auch ein Ende des Wettbewerbs um guten Service und bestmögliche Versorgung.



Warum werden ärztliche Diagnosen überhaupt manipuliert?

Die Anreize dazu liefert das aktuelle System des Finanzausgleichs zwischen den gesetzlichen Krankenkassen. Eingeführt, um einen fairen Wettbewerb im Sinne des Versicherten zu ermöglichen, hat dieses System auch unerwünschte Effekte. Das Ganze funktioniert wie folgt: Die Kassen müssen zunächst alle Beitragseinnahmen, die sie von ihren Versicherten erhalten, an den so genannten Gesundheitsfonds abführen. Im Anschluss wird berechnet, in welcher Höhe jede einzelne Kasse Gelder aus diesem Fonds wieder ausgezahlt bekommt. Basis dieser Berechnung ist, inwieweit sie bestimmte Daten vorweisen kann, u.a. bestimmte ärztliche Diagnosen zu 80 ausgewählten Krankheiten. Und genau hier liegt das Problem: Die Krankenkassen haben dadurch einen Anreiz, dass bei möglichst vielen Versicherten genau diese Daten vorliegen, also zahlreiche von diesen 80 Diagnosen dokumentiert sind – es gibt für sie schließlich bares Geld. Im Idealfall erhalten die Kassen sogar mehr, als sie für die Versorgung der Versicherten benötigen.



Welche Dimensionen haben die Manipulationen angenommen?

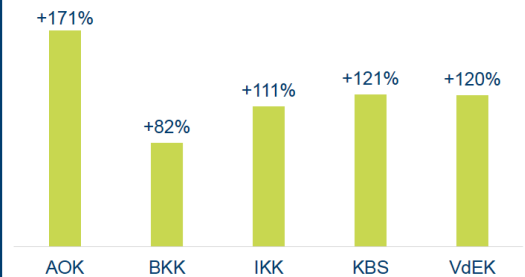
In der Zusammenfassung des Sondergutachtens wird nicht näher auf Zahlen und Fakten zu den Manipulationen eingegangen. Die offiziellen Zahlen des GKV-Spitzenverbands und des Bundesversicherungsamts machen es aber deutlich: Die Morbi-RSA relevanten Diagnosen sind im Verlauf der letzten vier Jahre sprunghaft angestiegen. So gibt es doppelt so viele Patienten mit chronischen Schmerzen und 60 Prozent mehr Deutsche, die an schweren Depressionen leiden. Nur der Anstieg dieser beiden Krankheiten verursacht jährlich Kosten von über 10,3 Milliarden Euro – und das sind nur zwei Beispiele.

Chronischer Schmerz – es geht um Milliardenbeträge

2016 wurden in **3.854.138** Fällen Chronische Schmerzen diagnostiziert. Das sind **135%** mehr Fälle als noch 2013.

Für die Behandlung chronischer Schmerzpatienten erhielten die Krankenkassen für das letzte Jahr **4,136 Milliarden** Euro.

Anstieg der Diagnose **Chronischer Schmerz** in den einzelnen **Kassenarten** von 2013 auf 2016:



Die Wissenschaftler stellen fest: Die bisherigen Maßnahmen reichen nicht aus

Der Gesetzgeber hat die Problematik erkannt und im Frühjahr 2017 im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz - HHVG) die Möglichkeiten der Kassen zur Manipulation eingeschränkt. Der Wissenschaftliche Beirat beklagt allerdings in seinem Gutachten, dass diese Regelungen nicht weit genug gehen und von der jetzigen Ausgestaltung einzelne Krankenkassen bevorzugt werden. Die Experten sprechen sich dafür aus, die Symptome konsequenter zu bekämpfen. Konkret schlagen sie beispielsweise vor, die Aufsicht der Kassen zu vereinheitlichen. Denn: Das BVA, dessen Kontrollmöglichkeiten in dem Gesetz explizit gestärkt wurden, ist gar nicht für alle Krankenkassen zuständig. Die Kontrolle der nur auf Bundesland-Ebene tätigen AOKen beispielsweise liegt bei den Sozialministerien der Länder. Zudem sollten laut Gutachten allgemein gültige Kodierrichtlinien festgelegt werden und die Praxissoftware, die die Ärzte zur Dokumentation und den Austausch mit den Krankenkassen nutzen, geprüft und zertifiziert werden.



Absurd: Symptome bekämpfen, aber Ursache zementieren

Das Gutachten gibt jedoch keine Antwort auf die berechtigte Frage, ob es nicht sinnvoller und möglich ist, alle Schlupflöcher für Manipulationen im Morbi-RSA zu schließen. Denn gelingt dies nicht, werden Krankenkassen weiterhin ihre Energie darauf verwenden, diese zu identifizieren und auszunutzen. Und mehr noch: Durch die gleichzeitige Empfehlung, ein Vollmodell im Morbi-RSA einzuführen, werden die Bemühungen der Manipulationsbekämpfung ad absurdum geführt. Warum? Über das Vollmodell werden einer Kasse nicht mehr die Diagnosen für 80 ausgewählte Krankheiten vergütet, sondern für jede Diagnose würde zukünftig Geld aus dem Gesundheitsfonds an die Kasse fließen. Solange aber ärztliche



Diagnosen im Morbi-RSA berücksichtigt werden, haben Kassen einen wirtschaftlichen Anreiz diese zu beeinflussen. Mit der erhöhten Anzahl der zu berücksichtigenden Diagnosen eröffnet sich ein riesiges Feld für weitere Manipulationen. Die steigende Komplexität des Systems wird die Kontrolle zudem weiter erschweren.

Mehr über die einzelnen Aspekte des Gutachtens in der nächsten Folge unserer Reihe zu den Schwerpunkten **Vollmodell** und **Wettbewerb in der GKV**.

Weitergehende Informationen zur Arbeit des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs sowie den Download der Summary des Sondergutachtens finden Sie hier: <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/wissenschaftlicher-beirat.html>

Hinweis: Dies ist der zweite Teil einer Informationsserie zum Morbi-RSA-Gutachten. Bei Fragen und Hintergründen zu speziellen Aspekten der Analyse stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Susanne Gläser

Tel. +49 (89) 62700-765

Email: susanne.glaeser@sbk.org

Franziska Herrmann

Tel. +49 (89) 62700-710

Email: franziska.herrmann@sbk.org

Quelle Grafiken:

Grundlagenbescheid II (Basis Erstmeldung (Morbidität) des Vorjahres) der Jahre 2014-2017; Grundlagenbescheid III (Basis: Erstmeldung (Morbidität) des Vorjahres) der Jahre 2014-2017; Krankheitszuordnung laut Klassifikationsmodell 2018; Zuweisung bLA BVA-Schlussausgleiche bzw. KJ1 2016; Leistungsausgaben nach 9995 aus KJ1 bzw. KJ1 2016; eigene Berechnungen